

El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática

María Palacio Jiménez

Diplomada en Enfermería. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Fecha de recepción: 09/11/2019. Fecha de aceptación: 18/11/2019. Fecha de publicación: 31/01/2020.

Cómo citar este artículo: Palacio Jiménez, M., El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Conocimiento Enfermero* 7 (2020): 49-61.

RESUMEN

Introducción. Los pacientes críticos se enfrentan a una situación altamente estresante y disruptiva, experimentando alteraciones psicoemocionales que continúan después del alta, pudiendo equipararse con –o empeorar– su enfermedad. Conocer los factores más estresantes para el paciente crítico es fundamental para desarrollar planes de actuación y eliminarlos, siendo la presencia de la enfermera en el cuidado un elemento central para ello.

Metodología. Se ha desarrollado una revisión narrativa con una posterior síntesis valorativa de la literatura disponible a través de CINHALL, ClinicalKey, ScienceDirect, PubMed, CUIDEN, SciELO, la Biblioteca Cochrane Plus y el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud.

Objetivos. Fomentar la reducción del estrés del paciente crítico mediante el manejo de los factores estresores por parte de los profesionales de enfermería.

Resultados. Se identifican el dolor, el insomnio, el ruido, la presencia de tubos en nariz o boca, sentirse limitado por los dispositivos, la incomunicación, la ausencia de autocontrol, la incertidumbre, la desorientación temporoespacial y la separación familiar, entre otros, como principales estresores en UCI. Existen amplias recomendaciones de acciones desarrolladas por enfermería para su control y disminución, incluyendo la valoración, la aplicación de medidas no farmacológicas y la manipulación ambiental.

Conclusiones. El paciente crítico presenta altos niveles de estrés originado a consecuencia de la propia enfermedad, el entorno y/o las políticas de la UCI, generando importantes repercusiones a corto, medio y largo plazo. A pesar de ello, el desarrollo e implantación de medidas al respecto en las UCIs españolas continúa siendo baja.

Palabras clave: cuidados críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; atención de enfermería.

Stress on critical patients: nursing care and real facts

ABSTRACT

Introduction. Critical patients face a highly stressful and disruptive situation, suffering psychoemotional alterations which continue after being discharged which could worsen the patient's condition. It is very important to know the most stressful factors for the patient in order to develop performance plans to eradicate them, being the nurse's support a main element.

Methodology. A narrative revision of the available literature via CINHALL, ClinicalKey, ScienceDirect, PubMed, CUIDEN, SciELO, the Cochrane Plus Library and the Health Virtual Library County Site has been developed with a further assessment synthesis.

Objectives. Developing stress reduction on critical patients by nursing professionals.

Results. Pain, insomnia, noise, having nose or mouth breathing tubes, feel restricted by appliance, excommunication, lack of self-control, uncertainty, time-space disorientation and family alienation, amongst other factors, can be regarded as main ICU stress sources. There are several recommendations regarding nursing actions developed for control and reduction, including assessment, the use of non-pharmacological measures and environmental handling.

Conclusion. A critical patient shows high stress levels due to illness, environmental conditions and/or ICU policies, causing great impact in the short or medium term. Despite the above, development and implantation of measures to this end is still very low in Spanish ICU's.

Keywords: critical care; psychological stress; Intensive Care Units; nursing care.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/94>

1. Introducción

El estrés se define como “*el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que se desencadenan en el organismo cuando este se enfrenta a agentes nocivos, cualquiera que sea su naturaleza*” [1]. Cuando la situación de estrés persiste se produce un estado de agotamiento en el que se sobrepasa la capacidad de resistencia del organismo pudiendo desembocar en enfermedad física y/o psicológica [2].

Actualmente parece ampliamente reconocido el hecho de que el ingreso en un hospital puede producir cierto grado de estrés o ansiedad en los pacientes, pero esta situación se ve ampliamente incrementada en aquellos que requieren ser ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) [3, 4]. El estrés continuo y prolongado generado por la condición de estos pacientes ha demostrado entorpecer su recuperación y/o rehabilitación, prolongar su estancia hospitalaria, deteriorar su calidad de vida y ocasionar discomfort, pudiendo incluso equipararse con –o empeorar– su enfermedad. En consecuencia el paciente en estado crítico sometido a un alto nivel de estrés puede ver perjudicada la prontitud de su recuperación así como un incremento en el desarrollo de eventos adversos y de alteraciones psicoemocionales, que podrían continuar incluso después del alta de la unidad [1, 5].

Para que haya estrés se necesita de un factor estresante o estresor el cual se define como “*un estímulo o situación que produce una respuesta de estrés*”, que a su vez exige una adaptación física y/o psicológica en el individuo. El paciente crítico está sometido tanto a factores estresores característicos del ambiente de la UCI como a factores derivados de la propia enfermedad [1, 6, 7]. Volicer y Bohannon (1975) fueron los primeros autores en investigar, correlacionar y determinar la percepción del estrés dentro del medio hospitalario. A partir de entonces, numerosos estudios epidemiológicos analíticos, revisiones sistemáticas y metaanálisis han relacionado el déficit o deterioro de la recuperación de los pacientes críticos con la exposición a los diferentes estresores durante su estancia hospitalaria [1, 5]. Cochran y Ganong fueron

los primeros investigadores en explorar la percepción de los pacientes acerca de los factores estresores en la UCI. En su estudio encontraron que los pacientes calificaron tener tubos en la nariz o la boca como la circunstancia más estresante, seguida por sentirse “atados” por agujas, tener dolor, no poder dormir y tener sed. Posteriormente Cornock replicó el estudio desarrollado por Cochran y Ganong con resultados similares a los encontrados por los anteriores. Más recientemente la percepción de los factores estresores por parte de los pacientes críticos fue investigada por autores como Soehren en Estados Unidos, So y Chan En Reino Unido, Hweidi en Jordania, Soh et al en Malasia o Yava et al en Turquía, con resultados similares en cuanto los pacientes clasifican como eventos más estresantes el dolor, sentirse “atado” por tubos en nariz y boca, la ausencia de autocontrol, la inmovilidad, la separación familiar, no poder dormir, tener sed, la presencia de ruidos fuertes y desconocidos o la falta de privacidad, entre otros [8].

La presencia de estresores se asocia con el desarrollo de anomalías psicológicas, actuando como un factor de riesgo en la aparición del Síndrome Confusional Agudo (SCA), síndrome de cuidados intensivos o delirio intra-UCI, el cual es un predictor independiente de mortalidad, estancia prolongada, mayor duración de la ventilación mecánica y deterioro cognitivo tras el alta [3, 4, 5, 9-13]. La presencia de un mayor número de síntomas de estrés en UCI se asocia independientemente con el deterioro del funcionamiento cognitivo de los pacientes 12 meses después del alta hospitalaria, presentando al menos una morbilidad psiquiátrica aproximadamente el 25%, dificultando por tanto su recuperación y mermando su calidad de vida [3, 9, 14-16].

Basándose en el modelo biopsicosocial, resulta fundamental el conocimiento, detección, evaluación y corrección de los factores, situaciones o intervenciones del personal sanitario que más estrés causan en el paciente crítico, sometido o no a ventilación mecánica, en cada UCI en particular. Dado que los factores estresores son subjetivos, permitiría proporcionar una atención integral más ajustada a las necesidades de cada paciente, reper-

cutiendo positivamente en su estado de ánimo y percepción subjetiva de bienestar, así como en la evolución de la enfermedad y la propia supervivencia de los enfermos [5,6]. Los profesionales de enfermería gozan de una mayor proximidad con los pacientes y de un contacto más prolongado durante su estancia en la unidad, por lo que es a través de los cuidados de enfermería que se otorga protección y bienestar al paciente así como un ambiente libre de riesgos. En base a ello, se plantean los siguientes objetivos [17, 18].

Objetivos

Objetivo general

Fomentar la reducción del estrés del paciente crítico mediante el manejo de los factores estresores por parte de los profesionales de enfermería.

Objetivos específicos

- Identificar los factores estresores de mayor relevancia para los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos.
- Mostrar las recomendaciones actuales para favorecer el bienestar psíquico del paciente crítico.
- Identificar los cuidados de enfermería orientados al abordaje de los factores estresores más relevantes para el paciente crítico.

Metodología

Se ha desarrollado una revisión narrativa entre los meses de marzo y junio del año 2019, con una pos-

terior síntesis valorativa de la literatura disponible. Las bases de datos y buscadores específicos en ciencias de la salud empleados en la búsqueda bibliográfica han sido CINHALL, ClinicalKey, ScienceDirect, PubMed, CUIDEN, SciELO, la Biblioteca Cochrane Plus y el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud. El acceso a los mismos se ha realizado a través de la Biblioteca Virtual para la Gestión del Conocimiento en Salud del Portal de Salud del Principado de Asturias. Para desarrollar la búsqueda se han empleado tanto palabras clave de lenguaje natural como descriptores de lenguaje controlado, en función de los requisitos de cada buscador y/o base de datos consultada. Se han incluido en la revisión tanto fuentes primarias como secundarias.

La relación de palabras clave de lenguaje natural empleada ha sido: *Estrés unidades de cuidados intensivos, Estrés psicológico unidad de cuidados intensivos, Factores estresores paciente crítico, Calidad en la unidad de cuidados intensivos, Síndrome de cuidados intensivos, Enfermería UCI, Funciones enfermería UCI, Perfil enfermera UCI, Dolor unidad de cuidados intensivos, Inmovilización unidad de cuidados intensivos, Problemas comunicación UCI, Valoración dolor UCI, Sueño UCI, Ruido unidad de cuidados intensivos, Planes de cuidados paciente crítico.*

Para el desarrollo de la búsqueda bibliográfica con lenguaje controlado se han empleado tanto términos indexados como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) como Medical Subject Headings (MeSH) (ver Tabla 1). Se han localizado dos términos DeCS/MeSH relacionados con el estrés: Estrés Fisiológico/Physiological Stress y Estrés Psicológico/Psychological Stress. Aunque el concepto “factores estresores” únicamente se localiza en la descripción de Estrés Fisiológico, se ha excluido como término DeCS/MeSH de la bús-

Tabla 1. Relación entre descriptores de lenguaje controlado y operadores booleanos para el desarrollo de la búsqueda bibliográfica.

DeCS	MeSH
<ul style="list-style-type: none"> • Estrés Psicológico AND Unidades de Cuidados Intensivos • Estrés Psicológico AND Unidades de Cuidados Intensivos AND Atención de Enfermería • (Cuidados críticos OR Unidades de Cuidados Intensivos) AND Estrés Psicológico • Atención de Enfermería AND (Unidades de Cuidados Intensivos OR Cuidados Críticos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychological Stress AND Intensive Care Units AND Nursing Care • (Critical Care OR Nursing Care AND Intensive Care Units) AND (Psychological Stress)

queda al no localizarse artículos de interés con el mismo.

La búsqueda se ha limitado en función del año (documentos publicados en los últimos 10 años), el idioma (documentos en español, salvo excepciones), el tipo de documento (artículos a texto completo, libros) y, en algunas ocasiones, el título de la revista (*Enfermería Intensiva*, *Medicina Intensiva*) y la especialidad (cuidados intensivos y/o cuidados críticos y/o cuidados de enfermería). A continuación, se seleccionaron los documentos que contuvieran en su título al menos una de las palabras clave, excluyendo aquellos que trataran acerca de la UCI neonatal y/o pediátrica, que se centraran en un tipo de paciente concreto, en aspectos exclusivamente fisiológicos del mismo, o que dataran únicamente del personal sanitario, y se realizó una lectura previa del resumen/abstract para efectuar la selección.

Tras la búsqueda inicial se localizaron 656 documentos, de los cuales se seleccionaron 88. Del resultado de la selección se incluyeron en el trabajo final 42 documentos, al presentar una mayor adecuación a los objetivos propuestos, calidad de la información y capacidad de contribución, seleccionando preferiblemente artículos originales y de revisión bibliográfica extensa. Entre los artículos seleccionados se encuentran estudios descriptivos, exploratorios, cuantitativos y/o cualitativos, así como revisiones bibliográficas integrativas.

Se han obtenido determinados artículos directamente del sumario de la revista correspondiente, como es el caso de la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, *Enfermería Intensiva* y *Medicina Intensiva*. Este recurso ha sido empleado en aquellos artículos que, siendo localizados a través de distintas bases de datos y/o buscadores específicos de ciencias de la salud, no han podido ser obtenidos a través de los mismos. Los demás documentos (guías de práctica clínica, protocolos y otras monografías) han sido recabados de páginas web de distintos organismos oficiales (Ministerio de Sanidad y Política Social; Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)). Como requisitos de selección se han empleado los señalados anteriormente en cuanto a adecuación, calidad, capacidad de contribución y fecha de publicación.

Resultados

Se identifican el dolor, la privación/fragmentación del sueño, el ruido, la dificultad para comunicarse, la inmovilidad, la presencia de tubos en nariz o boca, sentirse limitado por los dispositivos, la ausencia de autocontrol, la incertidumbre, la desorientación temporoespacial, la ausencia de un familiar cercano y la ausencia de privacidad como principales factores estresores señalados por los pacientes críticos [3-9, 19-23]. Otros factores estresores presentes en la UCI aunque descritos como menos relevantes son tener sed, utilizar la cuña, las preocupaciones económicas, pasar frío o calor, tener pesadillas o el empleo de mascarillas de oxígeno [5-8].

El dolor

El dolor ha sido identificado como el principal estresor para los pacientes en la UCI, así como la complicación que más les preocupa y la experiencia más desagradable sufrida durante su estancia en la unidad [3, 4, 6, 8, 9]. Un 62% de los pacientes considera muy estresante el hecho de tener dolor y el 41% destaca no obtener alivio para el mismo o pensar que pueda tener dolor por algún tipo de prueba o procedimiento [4].

El dolor se define como “una sensación desagradable asociada a un daño tisular real o potencial”. Entre el 50% y el 70% de los pacientes críticos presentan dolor [19, 24] y este puede ser causado por la propia enfermedad, procedimientos invasivos y otras técnicas, cuidados de enfermería o la inmovilidad del paciente, destacando que más de la mitad de los pacientes presentan dolor en reposo, siendo este significativo para más del 30% de los mismos [11, 25, 26]. Al margen de consideraciones éticas, el dolor es el recuerdo más desagradable que los pacientes refieren al alta de la UCI [11, 13, 24, 26].

La valoración del dolor constituye un aspecto fundamental al ser el paso previo a la instauración de intervenciones que permitirán su adecuado control favoreciendo la confortabilidad del paciente [27]. La monitorización del dolor mejora su manejo efectivo permitiendo un mejor ajuste de la medicación sedante y analgésica. Se recomienda protocolizar una evaluación sistemática del dolor y

la analgesia, empleando una escala validada basada en la cuantificación del dolor por el propio paciente siempre que sea posible (destacan la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala Verbal Numérica (EVN)) e instrumentos de identificación del dolor basados en indicadores conductuales en caso de que no pueda comunicarse (Escala de Campbell o Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)). La variación del Índice Biespectral (BIS) también puede resultar de utilidad para evaluar el dolor en pacientes no comunicativos, asociándose incrementos transitorios de entre el 5-20% en su valor con la presencia de dolor. En todo caso no se recomienda utilizar aisladamente parámetros fisiológicos para identificar el dolor, ya que son inespecíficos y pueden estar influenciados por la administración de fármacos o la propia enfermedad del paciente [11, 24].

Cabe destacar la importancia del control del dolor en reposo, así como la administración de analgesia preventiva antes de realizar procedimientos potencialmente dolorosos. El concepto de *“analgesia dinámica”* engloba ambos aspectos y consiste en un correcto control del dolor que permita reducir la dosis de analgesia en reposo y su aumento antes de los procedimientos dolorosos, técnica semejante a la empleada para evitar la acumulación de medicamentos sedantes. Finalmente, se debe recordar que el dolor puede causar agitación o inquietud, y que su tratamiento debería ser la analgesia y no la sedación [11].

La privación/fragmentación del sueño

A pesar de que el sueño es una necesidad básica para la supervivencia humana y fundamental para la recuperación en un estado grave de salud, la prevalencia de los trastornos del sueño en las unidades de cuidados intensivos se sitúa entre el 22% y el 61%. El sueño de los pacientes críticos se caracteriza por su fragmentación y su baja eficiencia, así como por un aumento del sueño ligero y el predominio del sueño durante el día en aproximadamente el 50% de los mismos [3, 13, 20, 28]. La melatonina es un producto endocrino que se forma predominantemente durante la noche y desempeña un papel crucial en diversos procesos fisiopatológicos gracias a sus funciones antiinflamatorias, antioxidantes, antihipertensivas y antiépilépticas,

generándose así una relación estrecha entre el correcto funcionamiento del ritmo circadiano y el estado de salud de los individuos [29].

La privación/fragmentación del sueño sucede al dolor en la lista de los principales factores estresores como el segundo en importancia para los pacientes críticos [3, 5, 6, 8]. Alrededor del 46% de los pacientes valoran su sueño en la UCI como regular y el 33-36% como malo, destacando que el 54,8% consideró peor su patrón de sueño respecto al que tenían previo al ingreso [3, 20].

Para su abordaje se recomienda un enfoque multifacético que englobe medidas farmacológicas y no farmacológicas. Los tratamientos farmacológicos incluyen agentes que proporcionan sedación y analgesia (benzodiazepinas, opiáceos y/o barbitúricos) y se utilizan frecuentemente en el contexto de la UCI si bien son conocidos los efectos secundarios que generan tales como disminución del nivel de consciencia y de la capacidad de pensar con claridad, depresión respiratoria, interferencia con los patrones normales del sueño, tolerancia o farmacodependencia [28].

Las causas más importantes de la alteración del sueño en la UCI son los factores ambientales nocivos propios de dicha unidad: luz, ruido y actividades de atención a los pacientes durante la noche, así como la presencia de dolor. Estos causan aproximadamente el 30% de las interrupciones del sueño observadas [1, 3, 9-11, 13, 20, 28]. Las intervenciones no farmacológicas de promoción del sueño en la UCI se pueden clasificar de forma general como intervenciones psicológicas (terapia cognitiva o conductual), terapias complementarias (musicoterapia, aromaterapia, masaje y otras técnicas de relajación, acupresión y contacto terapéutico), control de los factores ambientales (ruido, iluminación), intervenciones sociales (apoyo familiar) y modificación de los equipos (reducir la asincronía paciente-ventilador). Uno de los principales objetivos es mantener el ciclo circadiano fisiológico, evitando el sueño diurno y reduciendo la actividad en el horario nocturno. Para ello es necesario mantener la estimulación cognitiva del paciente durante el día favoreciendo actividades de ocio o el contacto con su familia y realizar un impecable control ambiental durante la noche (reducir los niveles de ruido y luz, disminuir y reagrupar los cuidados de enfermería y tratamientos y situar a los pacientes más lábiles lejos de las áreas de alto

tráfico), además de valorar aquellos aspectos que pueden causar inquietud en el paciente como el dolor, la incertidumbre o la separación familiar [13, 20, 28, 30].

El ruido

Los pacientes críticos son sometidos a niveles de ruido que superan en más de 20 decibelios (dB) el nivel recomendado por la OMS para tales espacios y aproximadamente un tercio de los mismos (36%) informaron que la unidad era demasiado ruidosa [19, 21]. El ruido en la UCI posee multitud de causas como las alarmas, los ventiladores mecánicos, los teléfonos, las conversaciones del personal y los sonidos de otros enfermos [11, 20, 21, 30]. En el interior de la UCI los niveles de ruido por encima de los 80 dB deben ser evitados, mientras que niveles por debajo de 35 dB favorecen el sueño de los pacientes [11]. Un estudio realizado a nivel europeo descubrió que los niveles de ruido en las proximidades de los pacientes ingresados en las UCIs estudiadas alcanzaban una media de entre 51 y 55 dB, nivel comparable al de una carretera con bastante tráfico. Se observó que el nivel de ruido era superior a 55 dB durante entre el 70-90% del tiempo, siendo también registrados varios ruidos intensos y breves superiores a 100 dB, comparables al ruido generado por el despegue de un reactor o un martillo perforador [21].

La investigación desarrollada por Ayllón et al destaca el ruido de las alarmas como el factor estresor más altamente recordado por el grupo de pacientes que no padecieron delirio. El ruido también se identifica en otras investigaciones como un factor de estrés destacado por los pacientes [7], y es equiparado al dolor como factor alterador del sueño del paciente [3, 9, 20].

Se recomienda tomar todas las medidas necesarias para reducir los niveles de ruido en las unidades de cuidados intensivos. El nivel ideal de ruido se sitúa en 45 dB durante el día y 20 dB durante la noche [11, 31, 32]. Para alcanzar estos niveles el volumen de las alarmas debe modularse, los materiales de suelos, paredes y techos deben disponer de una alta absorción acústica, deben reducirse los ruidos procedentes de teléfonos o conversaciones del personal, así como emplear medidas complementarias tales como tapones auriculares para

reducir la percepción de ruido por parte del paciente, además de instalar medidores de ruido para controlar la situación [10, 11, 31, 32].

La dificultad para la comunicación

La dificultad para comunicarse es descrita como una de las experiencias estresantes más frecuentemente recordadas por los pacientes, así como un factor generador de ansiedad durante su estancia en la UCI. La dificultad para la comunicación está a menudo causada por las técnicas y dispositivos empleados para la ventilación de los pacientes y es también un factor que preocupa a los profesionales [3, 8].

La presencia de tubos en boca o nariz es muy frecuente entre los pacientes críticos a consecuencia de los diversos sistemas de monitorización y tratamiento, tales como la ventilación mecánica invasiva (VMI) a través de un tubo endotraqueal o traqueostomía, o la alimentación enteral a través de sondas nasogástricas u orogástricas. También es frecuente la dificultad para la comunicación con pacientes sometidos a sedación o bajo sedación cooperativa. Este estado reduce la interacción del paciente con sus familiares y cuidadores, generando un fuerte impacto en la capacidad de participación activa del mismo en su recuperación. Además, los intentos de comunicación no verbal (CNV) tampoco suelen resultar exitosos, causando en el paciente sentimientos de frustración, despersonalización e inseguridad [3, 8, 11].

Los pacientes refieren sentirse satisfechos con los cuidados de enfermería recibidos cuando la enfermera establece una comunicación verbal (CV) y CNV adecuada, generando sentimientos de tranquilidad, bienestar y humanización [27].

Para promover la CV la enfermera puede emplear técnicas como saludarle por su nombre, indicarle las características de la unidad, horarios de visita, alimentación y baño, informar sobre las actividades y procedimientos que se le van a realizar, informarle acerca de posibles cambios sobre el entorno, establecer diálogo con frecuencia informándole de su situación si lo desea y dar respuesta a las inquietudes que exprese [27, 30]. En aquellos pacientes con los que la CV sea difícil se recomienda establecer un método de comunicación efectivo como el uso de gestos, movimientos de cabeza, es-

critura, tarjetas de letras, palabras, frases o imágenes, incluso dispositivos electrónicos [11].

En relación con la CNV los pacientes describen como prioritarios los abrazos, las caricias, la sonrisa, la mirada y los gestos de la enfermera hacia ellos [27].

La inmovilidad

En muchas ocasiones la condición generada por los pacientes críticos se contradice con el estado natural de libertad de movimiento, limitando las posibilidades de movilidad de los pacientes afectados. En este sentido el estado de sentirse limitado por los dispositivos, como tubos o sondas, obligando al paciente a permanecer encamado y/o sentado durante todo el día, ha sido considerado como mucho/muchísimo estresante por el 57,6% de los pacientes participantes en la investigación desarrollada por Gil et al [4], y ha sido destacado como el cuarto factor estresor en importancia para el 21,4% de los pacientes según Abuatiq [8], únicamente detrás de sentir dolor, la incapacidad para dormir y los problemas financieros [3, 6, 9]. La situación de limitación de los movimientos normales también se encuentra relacionada con el uso de la contención mecánica (CM) y el incremento del uso de fármacos sedantes o bloqueantes neuromusculares (BNM) [3, 9].

En este contexto, los pacientes relacionan la sensación de falta de libertad de movimiento con la dificultad para establecer una comunicación efectiva o llamar al personal asistencial cuando lo precisan. También describen sentimientos de extrañeza, rabia o resignación al verse sujetos, refieren sentirse “presos” o “atrapados”, siendo frecuente la aparición de angustia, agobio y humillación [33].

Las últimas guías de sedoanalgesia en el paciente crítico remarcan la necesidad de realizar una movilización precoz del mismo, aplicándose de forma gradual en función de la situación del enfermo y no simplemente cuando el personal asistencial lo considere oportuno. Es por tanto que, si se quiere progresar en este aspecto, el “sentar al sillón” no debe ser un objetivo prioritario en el tratamiento, deben aplicarse cambios posturales frecuentes así como ejercicios de fisioterapia individualizados guiados por personal entrenado.

Es necesario adecuar el uso de sedantes y BNM en el paciente crítico, tratando de alcanzar un nivel de sedación superficial-moderado que permita mantener al paciente despierto durante la ventilación mecánica, siempre que su estado lo permita y salvo contraindicaciones [34]. Por otra parte debe reducirse el uso de CM, considerándolo una medida excepcional aplicada únicamente en aquellos casos en los que no exista otra alternativa. Para ello debe implementarse el uso de la restricción farmacológica, tecnológica, psicológica, verbal y familiar, siendo necesario en este sentido un aumento de la formación en restricción física por parte del personal así como el desarrollo de protocolos de manejo de este tipo de pacientes [35].

La incertidumbre y la ausencia de autocontrol

Las limitaciones del movimiento sumadas a los problemas de comunicación son dos de los tres factores que contribuyen a dar lugar a la principal causa de inestabilidad psicológica del paciente crítico: la ausencia de control sobre sí mismo. No saber qué está pasando es el tercer factor generador de ausencia de autocontrol en el paciente crítico. Esta es una de las necesidades principales de los pacientes y muchos de ellos consideran que no recibir explicaciones adecuadas y, por consiguiente, no saber qué iba a pasar, se convierte en un estresor [3, 9].

Pensar que puede ocurrir algo grave, no saber la duración de la estancia y no saber cuándo se le realizarán determinados procedimientos son calificados como los aspectos más estresantes por los pacientes, quienes además destacan que desean saber más acerca de lo que les ocurre durante su ingreso en la UCI [4, 8]. Ello desemboca en que un gran número de pacientes no sienta tener el control sobre su situación al ser excluidos de la toma de decisiones, transfiriéndose únicamente al equipo asistencial, generando una falta de participación del paciente lo que conlleva sentimientos de angustia, desamparo, rabia, frustración e inseguridad [3, 8, 9, 19].

La ausencia de autocontrol se encuentra ampliamente condicionada por la calidad de la información recibida. Como principio general la información debe ser clara, precisa y suficiente. Se debe facilitar información ordenada y explicaciones

adecuadas y comprensibles (sin tecnicismos) sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en la UCI, características generales de la unidad, procesos que presenta y motivan su ingreso, procedimientos de tratamiento y cuidado realizados, consentimiento informado en los supuestos contemplados por la Ley e instrucciones y recomendaciones para la estancia en UCI, incluyéndose información respecto al entorno o la política de visitas [11, 31].

La información se dará por parte de la enfermera y/o médico responsables en la medida de sus competencias o por una persona designada en su ausencia. De esta manera se favorece la implicación del paciente en su propia seguridad, lo que contribuye además a alcanzar un diagnóstico correcto, elegir al proveedor de la asistencia sanitaria, participar en la toma de decisiones, observar y controlar el proceso de asistencia e identificar e informar de complicaciones y eventos adversos del tratamiento [31].

La desorientación temporo-espacial

La desorientación temporo-espacial se encuentra relacionada con la iluminación artificial constante, la presencia de personas durante las 24 horas del día, el movimiento intenso en el interior de la UCI, la administración de medicamentos durante la noche y la ausencia de ventanas y relojes, entre otros. En esta situación los pacientes pierden sus referencias respecto al día y la noche, así como el momento del día en que se encuentran [7]. En esta línea, el 34,1% de los pacientes investigados por Ayllón et al [6] consideraron el hecho de no saber qué hora es como el mayor factor estresor, situándose en la cuarta posición del total. Además la desorientación temporal (no saber qué día es) junto con la desorientación espacial (no saber dónde está) fueron las situaciones recordadas como más estresantes por el grupo de pacientes diagnosticados de delirio. Alasad et al [19] encontraron que el 52% de los pacientes participantes informaron de no ser incapaces de distinguir entre el día y la noche, resultados que concuerdan con los de otros estudios sobre el estado de los pacientes con ingreso de larga duración en la UCI, que identifican un porcentaje de hasta el 58% de pacientes que no están seguros de si es de día o de noche.

Existen una serie de características propias del ambiente de las unidades de cuidados intensivos que hacen que la hospitalización en UCI sea generadora de estrés, favoreciendo la alteración del sueño y la presencia de desorientación, confusión e incluso psicosis en el paciente, factores desencadenantes de delirium. Estos son los denominados factores ambientales, y se dividen en factores físicos (disposición y equipación de los boxes, iluminación, nivel de ruido...) y factores sociales (organización y la rutina de los cuidados de enfermería y el tratamiento médico) [10-12]. A este respecto se suman la sobreestimulación sensorial y la privación sensorial como consecuencia de los factores ambientales [9, 30] y se destacan los factores generadores de desorientación en el enfermo crítico como factores modificables de delirio intra-UCI [11].

El objetivo es obtener una infraestructura que se convierta en un elemento de ayuda a la mejora del estado físico y psicológico de los pacientes. Esto es la infraestructura humanizada: UCIs que proporcionen bienestar físico y ambiental mediante espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables. Se identifican 4 líneas de actuación al respecto: asegurar la privacidad del paciente, asegurar el bienestar ambiental del paciente, fomentar la orientación del paciente y fomentar la distracción del paciente [32].

Debe evitarse la presencia de salas abiertas en la UCI apostando por una distribución con boxes individuales por razones de privacidad, dignidad y pudor del paciente así como por cuestiones de condición ambiental, tratamiento y control de infecciones [11, 31, 36]. En caso de que no se disponga de ellos se puede recurrir a elementos separadores móviles, como cortinas o biombos, siendo conscientes de que la privacidad será solo visual [32]. Se recomienda que el paciente se encuentre alojado en una habitación (box) diferenciada con elementos de vidrio, posibilitándose así la existencia de un control visual directo por parte del equipo asistencial [36]. Por otra parte los pacientes en UCI están generalmente desnudos, algo totalmente innecesario si se trata de pacientes clínicamente estables por lo que se debe plantear la posibilidad de vestir a los pacientes en pro de respetar aún más su privacidad [36].

Es posible proporcionar un espacio ambiental confortable para el paciente a través de instalaciones que aseguren bienestar lumínico, térmico y

acústico, instalando mobiliario ergonómico y funcional, personalizando el box del paciente mediante corchos o paneles donde puedan colocarse imágenes motivadoras y eligiendo colores y texturas que influyan positivamente en su estado de ánimo [32]. Destacan como elementos clave el control del ruido y la disposición de iluminación natural y vistas hacia el exterior. Resulta fundamental contar con ventana en cada box, con posibilidad de oscurecimiento y matización de la luz exterior, evitando soleamiento excesivo y deslumbramientos, así como un oscurecimiento de la habitación con reducción de la luz artificial durante la noche. Los niveles de temperatura y humedad deben ser constantes y adecuados, manteniéndose entre los rangos recomendados de 21-24°C y 45-55%, respectivamente [32, 31].

Hay que tratar por todos los medios de que el paciente reciba luz natural, muy necesaria para mantener su ritmo circadiano. En la medida de lo posible también es positivo y necesario que el paciente pueda estar situado frente a la ventana para disfrutar de las vistas al exterior. Otros elementos que ayudan a fomentar la orientación son los relojes y los calendarios, fotografías de sus familiares en lugares visibles u objetos de uso diario por el paciente [11, 32].

Mantener al paciente distraído durante el día favorece la sensación de que el tiempo transcurre en la unidad, mejora su orientación y lo mantiene despierto, promoviendo así el descanso nocturno [30, 32]. Para ello algunas de las medidas recomendadas son la instalación de televisores, hilo musical o dispositivos de audio, luz de lectura, red inalámbrica que permita el uso de teléfonos móviles o equipos informáticos, así como la personalización de la habitación con fotografías, tarjetas de felicitación u otros efectos personales [11, 32, 36].

La ausencia de un familiar cercano

Se ha podido comprobar que existe una búsqueda de proximidad compartida entre el paciente crítico y sus familiares, siendo las familias un factor considerable de alivio del estrés. A pesar de ello sigue predominando una cultura de “UCI cerrada”, en la que los horarios de visitas son muy restringidos y la presencia de los familiares escasa [22, 23]. El horario de visitas limitado se encuentra en-

tre los aspectos destacados por los pacientes como más estresantes al obligar a los pacientes a permanecer separados de su cónyuge o sus familiares durante gran parte del tiempo [4, 6, 22, 23]. Curiosamente, los resultados de la investigación llevada a cabo por Alasad et al [19] muestran que el 82,2% de los pacientes eran más conscientes de la presencia de una persona cercana a ellos, siendo capaces de reconocer a sus familiares con una frecuencia del 89% del tiempo.

Está demostrado que las visitas familiares contribuyen al bienestar del paciente, minimizan la experiencia traumática de la enfermedad y disminuyen su ansiedad [22]. Además, la presencia de la familia parece reorientar al enfermo crítico, siendo incluso empleado por parte de los profesionales de enfermería como un fin para prevenir y/o disminuir las anomalías psicológicas del paciente durante su estancia en UCI, así como la duración y gravedad del SCA [9, 10]. La ausencia de un familiar cercano también se encuentra relacionada con la dificultad de los pacientes para ocupar el tiempo, la privación sensorial y la inseguridad [3, 7, 9, 19]. Múltiples trabajos recomiendan a este respecto una política de puertas abiertas y la incorporación de la familia en los cuidados del paciente. No hay razones para que las UCIs permanezcan con regímenes de visita restringidos, incluso se recomienda el acompañamiento familiar permanente en caso de pacientes especialmente vulnerables, entre los que se incluyen aquellos con un nivel de estrés elevado [23, 36].

Discusión

Codificado por factores genéticos, emocionales, rasgos de la personalidad, condiciones contextuales, variables cognitivas, diferentes formas de afrontamiento y una compleja respuesta orquestada por el sistema nervioso, endocrino e inmunitario existe un estrés agudo o “bueno” denominado *eustrés* y un estrés crónico o “malo” llamado *distrés*. El primero ayuda a las personas a ser más funcionales, actúa como un mecanismo que permite un procesamiento rápido y potente de la información disponible y mantiene la mente alerta, concentrada y enérgica para hacer ajustes, afrontar un peligro y responder de forma adecuada a las situaciones cotidianas. El segundo, reconocido por la

OMS y la Sociedad Americana de Psiquiatría, se comporta como una demanda intensa y prolongada que, perpetuada en el tiempo, produce respuestas que sobrepasan la capacidad de resistencia del organismo, perjudicando la salud y dando fundamento a la génesis de los trastornos psicofisiológicos [37].

El estrés es considerado un factor de riesgo potencial para los resultados de salud adversos durante y tras el ingreso del paciente en UCI. El desarrollo de delirio intra-UCI, Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) y/o depresión mayor se encuentra estrechamente relacionado con la presencia de niveles elevados de estrés durante la estancia en la unidad. El delirio se presenta con una horquilla de incidencia que varía desde el 50% hasta el 80% en los pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM) y es probablemente la manifestación más frecuente de disfunción aguda del sistema nervioso central [10, 12]. El delirio es un predictor independiente de mortalidad, estancia prolongada, duración de la VM y deterioro cognitivo tras el alta [12]. De entre sus complicaciones destacan, a medio plazo, el aumento del tiempo de hospitalización hasta 10 días más con el consiguiente incremento del gasto sanitario y, a largo plazo, las alteraciones cognitivas y el aumento de la mortalidad más allá de los 6 meses tras el alta [10, 11].

El TEPT presenta una prevalencia de entre el 14% y el 41%, en particular en pacientes que han experimentado condiciones de estrés intenso, miedo, confusión y agitación [15, 16]. En el TEPT la imagen del suceso estresante se reexperimenta una y otra vez generando intensas reacciones de ansiedad; la persona pierde el control sobre su propia seguridad y se genera un estado de hiperactivación y evitación, pudiendo cursar con insensibilidad emocional y presentando en un 60-80% de los casos comorbilidad con un trastorno depresivo. Así, el TEPT junto con la comorbilidad asociada al trastorno depresivo constituyen grandes secuelas del ingreso en UCI, ya que ambos se asocian a una mayor carga de síntomas físicos, aumento del riesgo de demencia, resultados médicos adversos, deterioro cognitivo y discapacidad duradera [9, 14, 16].

Los pacientes destacan como factores más estresantes aquellos relacionados con las consecuencias directas de la enfermedad y las situaciones que generan malestar físico mientras que, por el contrario, las calificaciones más bajas se encuentran en

su mayoría relacionadas con los factores ambientales y psicológicos [4-6]. Estos resultados no parecen guardar relación con el interés mostrado por diversos autores [1, 3, 10, 11, 13, 20, 22, 28-30, 32, 35-37, 39] en controlar los factores ambientales para reducir el nivel de estrés de los pacientes en UCI, aunque ésta se podría establecer al considerar que los factores ambientales interactúan mutuamente en la generación de estrés. Se instaura así una secuencia lógica en la que una mayor presencia de factores ambientales nocivos para el paciente incrementa el nivel de estrés generado por los factores fisiológicos [8]. Un ejemplo de ello es la relación establecida por Maidl et al [13] entre los factores ambientales, el sueño y el dolor. Según los autores, el ruido producido por las conversaciones del personal y las alarmas constituye el factor más perturbador del sueño de los pacientes. El sueño a su vez se relaciona recíprocamente con el dolor, de forma que la falta de sueño puede aumentar la sensibilidad al dolor y la percepción del mismo. La falta de sueño también se ha asociado de manera contundente al desarrollo de delirio intra-UCI y complicaciones psicológicas a largo plazo [10, 30]. De esta manera, el control ambiental ha demostrado mejorar el sueño de los pacientes, reducir el dolor y la incidencia de trastornos psicológicos a medio y largo plazo [10, 11, 13, 28, 30].

A pesar de ello, un estudio multicéntrico descriptivo desarrollado por Escudero et al [22] en 2015, en el que se investigaron las características y aspectos organizativos relacionados con la confortabilidad en la UCI de 131 hospitales españoles, demuestra que las políticas y el diseño actual de las unidades de cuidados intensivos españolas no garantizan la confortabilidad deseable para el paciente. Según revelan los autores, únicamente en 3,8% de las unidades mantienen un sistema de puertas abiertas las 24 horas del día mientras que en el 67,7% continúa existiendo un horario de visitas restringido en número (2 visitas al día) y tiempo (30-60 minutos), con un máximo de 2 familiares simultáneamente. La información se suministra una única vez al día en el 79,7% y solamente el 3,8% proporciona información a demanda. La participación de los familiares en el cuidado del paciente continúa siendo baja, participando únicamente en un 11% de las unidades en la higiene del paciente y en un 17% en cuidados de fisioterapia, así como la disposición de ob-

jetos personales y dispositivos electrónicos por el paciente. Destaca que el 54,9% de las UCIs estudiadas disponen de luz natural y el 60,2% tienen todos sus boxes individuales, lo que facilita la privacidad del paciente, aunque estas cifras son aun inferiores si se comparan con otros países de nuestro entorno. Son minoría las UCIs que disponen de sistemas de entretenimiento y relax como la música ambiental o la televisión. Detalles como la presencia de un reloj en el box sólo están presentes en una minoría de las unidades y otro dato llamativo recae en que menos del 4% disponen de medidor de ruido ambiental, lo que ratifica la poca atención que se presta al control del ruido a pesar de su gran trascendencia en la consecución del bienestar ambiental.

En base a estos datos la Consejería de Sanidad española ha priorizado la humanización de la asistencia sanitaria como una de las líneas estratégicas, elaborando un proyecto dirigido a lograr la humanización de los cuidados intensivos de aplicación en la Comunidad de Madrid, compuesto por ocho líneas principales de trabajo para, posteriormente, desarrollar una propuesta de priorización e implantación de medidas. Los programas y ámbitos de intervención priorizados son: 1) UCI de puertas abiertas, 2) Comunicación, 3) Bienestar del paciente, 4) Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos, 5) Cuidados al profesional, 6) Prevención, manejo y seguimiento de síndrome post-cuidados intensivos, 7) Infraestructura humanizada y 8) Cuidados al final de la vida [40]. Tras la elaboración del plan, las autoridades regionales adquirieron el compromiso de poner en marcha y cumplir múltiples iniciativas durante el periodo 2016-2019 aunque no hay constancia de que se prevea la modificación de las unidades que no cumplen estos estándares ya que por el momento el programa carece de presupuesto [39, 42]. En contraposición, los pacientes críticos conceden los mejores grados de satisfacción a las habilidades y competencias del personal de enfermería, la atención del personal médico, la preocupación y el cuidado recibido por parte del personal de la UCI y la coordinación del cuidado al paciente, por lo que se podría defender que el personal sanitario en estas unidades ya es *humano* [27, 39, 42].

Se debe por tanto continuar profundizando en el estudio de aquellos factores implicados en la

afectación psicológica de los pacientes críticos, así como realizar estudios en nuestro medio que analicen en profundidad las barreras para la implantación de medidas de control ambiental en la UCI, investigando las repercusiones que todo ello puede provocar en los actuales modelos de organización y trabajo [4-6, 8, 19, 22]. Es necesario potenciar el papel de las enfermeras en el control de los factores estresores en UCI y sus consecuencias a través de una mayor concienciación, la individualización de los planes de cuidados, la implantación de protocolos que guíen la actuación profesional y la reevaluación de la educación y la práctica para enseñar y ejecutar medidas efectivas dirigidas a la promoción de mejor atención y el control del efecto negativo que el entorno de cuidados intensivos tiene [5, 7, 8, 10, 19].

Conclusiones

- El paciente crítico está sometido a altos niveles de estrés generados por diversos factores estresores durante su estancia en la UCI, lo cual da lugar a importantes repercusiones físicas, psicológicas y sociales, a corto, medio y largo plazo.
- Los factores estresores pueden ser físicos, psicológicos o ambientales, y guardan relación tanto con las consecuencias directas de la enfermedad como con el entorno y las políticas propios de la UCI.
- Como factores generadores de estrés destacan el dolor, la privación/fragmentación del sueño, el ruido, la inmovilidad, la incertidumbre y ausencia de autocontrol, la desorientación temporoespacial y la ausencia de un familiar cercano.
- Las últimas recomendaciones sugieren el manejo de los factores estresores principalmente a través de su valoración, las medidas no farmacológicas y la manipulación ambiental.
- La presencia de la enfermera en la UCI es fundamental para identificar, prevenir y abordar los principales estresores en el paciente crítico, garantizando su bienestar psicofísico.
- A pesar de que el estrés en UCI ha sido ampliamente estudiado y de existir múltiples recomendaciones para su control y disminución, el desarrollo de medidas en España es reciente y la implantación de las mismas escasa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañón W et al. Factores ambientales y estresores que afectan la recuperación del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Clin*. 2014. 24(3); 207-208.
2. Rodríguez J et al. Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 1997.
3. Gómez – Carretero P et al. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007. 31(6); 318-325.
4. Gil B et al. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2013. 18(2); 129-138.
5. Bernal DC et al. Instrumentos de medición de factores estresantes que afectan a las personas en cuidado intensivo: revisión integrativa. *Evidentia*. 2015. 12(50).
6. Ayllón N et al. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007. 18(4); 159-167.
7. Fernandes da Cruz L et al. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enferm Global*. 2013. 12(4); 88-118.
8. Abuatiq A. Patient's and Health Care Providers' Perception of Stressors in the Intensive Care Units. *Dimens Crit Care Nurs*. 2015. 34(4); 205-214.
9. Hospital Infanta Margarita. Sobrevivir a la UCI: podemos mejorar el pronóstico. Prevención del Síndrome de Estrés Posttraumático (Pensemos en esa patología). Córdoba: Hospital Infanta Margarita.
10. Cachón JM et al. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2014. 25(2); 38-45.
11. Celis – Rodríguez E et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2013. 37(8); 519-574.
12. Palencia – Herrejón E et al. Delirio en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008. 32 Supl 1; 77-91.
13. Maida CA et al. The influence of “quiet time” for patients in critical care. *Clin Nurs Res*. 2014. 23(5); 544-559.
14. Davydow DS et al. In – hospital acute stress symptoms are associated with impairment in cognition 1 year after intensive care unit admission. *Ann Am Thorac Soc*. 2013. 10(5); 450-457.
15. Chahraoui K et al. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care*. 2015. 30(3); 599-605.
16. Davydow DS et al. A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical – surgical intensive care unit admission. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013. 35(3); 226-232.
17. Zárate R et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico. *Enfermería Universitaria*. 2015. 12(2); 63-72.
18. Guimarães RK et al. Diagnósticos de enfermería en individuos ingresados en unidad de cuidados intensivos. *av.enferm*. 2013. 31(2); 74-82.
19. Alasad JA et al. Patients' experience of being in intensive care units. *J Crit Care*. 2015. 30(4); 859.e7-859.e11.
20. Gómez CA. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2013. 24(1); 3-11.
21. Servicio de Información Comunitario sobre Investigación y Desarrollo (CORDIS) [sede Web]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 1994 [actualizada el 30 de marzo de 2016]. Unidades de cuidados intensivos tan ruidosas como autopistas.
22. Escudero D et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 2015. 30(5); 243-250.
23. Aliberch AM et al. Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2015. 26(3); 101-111.
24. Robleda G et al. Evaluación del dolor durante la movilización y la aspiración endotraqueal en pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2015. 40(2); 96-104.
25. López C et al. Efecto de un algoritmo de manejo del dolor sobre la ventilación, la estancia y la valoración del dolor en pacientes de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2017. 28(1); 42-44.

26. Pardo C et al. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2008. 32 Supl 1; 38-44.
27. Romero M et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva*. 2013. 24(2); 51-62.
28. Hu R et al. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la unidad de cuidados intensivos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2015. Número 10. Oxford: Update Software LTD. (Traducida de The Cochrane Library, 2015 Issue 10. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTD.)
29. Domínguez A et al. El ritmo circadiano y el pronóstico de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016. 40(6); 392-393.
30. Gómez LO et al. Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enferm Global*. 2016. 15(41); 49-63.
31. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
32. Gómez – Tello V et al. Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*. 2016. 27(4); 135-137.
33. Pérez de Ciriza AI et al. Restricciones físicas en UCI, su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enferm Intensiva*. 2012. 23(2); 77-86.
34. Chamorro C et al. Dolor y miedo en la UCI. *Med Intensiva*. 2015. 39(7); 442-444.
35. Acevedo M et al. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enferm Intensiva*. 2016. 27(2); 62-74.
36. Escudero D et al. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014. 38(6); 371-375.
37. Bernal DC. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “environmental stress questionnaire – ESQ”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2015.
38. Julio V et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011. 33(1); 11-14.
39. Arias S et al. ¿Es necesario <<humanizar>> las Unidades de Cuidados Intensivos en España? *Enferm Intensiva*. 2017. 28(1); 1-3.
40. Consejería de Sanidad – Comunidad de Madrid. Humanización en las unidades de cuidados intensivos. Madrid: Consejería de Sanidad – Comunidad de Madrid. 2016.
41. Comunidad de Madrid [sede Web]. Madrid: Comunidad de Madrid. 2016. La Consejería de Sanidad presenta el I Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.
42. Holanda MS et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015. 39(1); 4-12.